

Peter Conrad & Raimund Geene **

Netzwerkbildung als Seismograph gesellschaftlicher Entwicklungen

Ein Beitrag zur Funktionserweiterung von Netzwerken
am Beispiel der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten

Discussion Papers No.1/2008

Hamburg, 03/08

ISSN 1434-985X

20080707 024

***Peter Conrad, Univ.-Prof. Dr. rer. pol.,
Leiter des Instituts für Personalmanagement**

***Raimund Geene, Prof. Dr.,
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)**

Die Reihe '**Discussion Papers**' erscheint in unregelmäßigen Abständen seit 1997.

Berichtet wird über abgeschlossene und laufende Forschungsvorhaben, veröffentlicht werden des Weiteren Arbeiten über die Anwendung und Umsetzung neuer Konzepte und Methoden des Personal- und Human Resource Management sowie Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Die Darstellungen sind in aller Regel bewusst für Veränderungen und Differenzierungen offen gehalten, sie haben Werkstattcharakter, um anschließende Diskussionsergebnisse und Anregungen noch aufnehmen zu können.

Hamburg im Juli 1997

Peter Conrad

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Peter Conrad
Tel.: 040/6541-2883
Fax.: 040/6541-2048
e-mail: peter.conrad@hsu-hh.de
<http://www2.hsu-hh.de/ifpm/publ.htm>

Anschrift

Helmut-Schmidt-Universität
Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften
Institut für Personalmanagement
Holstenhofweg 85
22043 Hamburg

REPORT DOCUMENTATION PAGE

Form Approved OMB No. 0704-0188

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1 hour per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to Washington Headquarters Services, Directorate for Information Operations and Reports, 1215 Jefferson Davis Highway, Suite 1204, Arlington, VA 22202-4302, and to the Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0704-0188), Washington, DC 20503.

1. AGENCY USE ONLY (Leave blank)		2. REPORT DATE March 2008	3. REPORT TYPE AND DATES COVERED Discussion Paper	
4. TITLE AND SUBTITLE Netzwrkbildung als Seismograph gesellschaftlicher Entwicklungen: Ein Beitrag zur Funktionserweiterung von Netzwerken am Beispiel der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten (Networking as a seismograph for social development A contribution to the function expansion of networks using the example of Health promotion of the socially disadvantaged)			5. FUNDING NUMBERS	
6. AUTHOR(S) Peter Conrad & Raimund Geene				
7. PERFORMING ORGANIZATION NAME(S) AND ADDRESS(ES) FIZBw			8. PERFORMING ORGANIZATION REPORT NUMBER	
9. SPONSORING/MONITORING AGENCY NAME(S) AND ADDRESS(ES) Helmut-Schmidt-Universität Hamburg GERMANY			10. SPONSORING/MONITORING AGENCY REPORT NUMBER Discussion Paper No. 1/2008 Hamburg, March 2008 ISSN 1434-985X	
11. SUPPLEMENTARY NOTES Text in German, 30 pages. Discussion Paper No. 1/2008, Hamburg, 03/08, ISSN 1434-985X.				
12a. DISTRIBUTION/AVAILABILITY STATEMENT Public release. Copyrighted. (1 and 20)			12b. DISTRIBUTION CODE	
ABSTRACT (Maximum 200 words) Outline 1. Introduction 2. Historical background and organizational developments 2.1 Ottawa Charter in 1986 and modified legislative documents from 1989 2.2 networking in the wake of the Ottawa Charter 2.3 Basic conditions for a network training in health promotion 3. Networks and their 'physical object' 3.1 types of networks 3.2 management of networks 4. Health Promotion in socially disadvantaged as an example the case of networking 4.1 Start End Pattern formation 4.2 Identification and control problems of the network 4.3 Interim Summary: Mixed blessings 5. Theoretical classification of the network characteristics of the cooperation network 6. Final estimates 7. Abbreviation / acronyms list 8. Bibliography Machine assisted translation.				
14. SUBJECT TERMS UNIBW, German, Networks, Social development, Network types, Network characteristics, Networking			15. NUMBER OF PAGES	
			16. PRICE CODE	
17. SECURITY CLASSIFICATION OF REPORT UNCLASSIFIED	18. SECURITY CLASSIFICATION OF THIS PAGE UNCLASSIFIED	19. SECURITY CLASSIFICATION OF ABSTRACT UNCLASSIFIED	20. LIMITATION OF ABSTRACT UL	

NSN 7540-01-280-5500

Standard Form 298 (Rev. 2-89)
Prescribed by ANSI Std. Z39-18
298-102

Peter Conrad & Raimund Geene

Netzwerkbildung als Seismograph gesellschaftlicher Entwicklungen Ein Beitrag zur Funktionserweiterung von Netzwerken am Beispiel der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten

Gliederung

1. Einführung	S. 1
2. Historischer Hintergrund und organisatorische Entwicklungen	S. 2
2.1 Ottawa-Charta 1986 und veränderte Gesetzeslagen ab 1989	S. 2
2.2 Netzwerkbildung im Gefolge der Ottawa-Charta	S. 3
2.3 Grundlegende Bedingungen für eine Netzwerkbildung in der Gesundheitsförderung	S. 4
3. Netzwerke und ihr `materieller Gegenstand`	S. 6
3.1 Arten von Netzwerken	S. 7
3.2 Management von Netzwerken	S. 8
4. Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten als Beispielfall der Netzwerkbildung	S. 9
4.1 Beginnende Strukturbildung	S. 10
4.2 Legitimations- und Steuerungsprobleme des Netzwerks	S. 12
4.3 Zwischenresümee: Mixed blessings	S. 16
5. Theoretische Einordnung der Netzwerkcharakteristik des Kooperationsverbundes	S. 17
6. Abschließende Einschätzungen	S. 18
7. Abkürzungsverzeichnis	S. 23
8. Literaturverzeichnis	S. 24

1. Einführung

Netzwerkbildung wird in der Politikwissenschaft im Bereich der Gouvernance-Forschung analysiert, wobei insbesondere das Gesundheitswesen als Ausdruck eines Neo-Korporatismus (vgl. Gäfgen 1988) gesehen wird. Diese Art der Aushandlung zeichnet sich auch in jenen Politikfeldern ab, die noch nicht oder gerade erst ausgereift sind, wie am Beispiel der AIDS-Politik der 80er und 90er Jahre nachgezeichnet werden konnte (vgl. Geene 2000).

Die Gesundheitsförderung als aktuell ausreifendes Politikfeld vollzieht sich in den letzten Jahren über eine Vielzahl von Netzwerken, über die sich unterschiedlichste Akteure miteinander verknüpft haben. In unserer Analyse betrachten wir mit dem bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ einen Verbund ohne jegliche rechtliche Etablierung. Die Netzwerkbildung resultiert hier im Wesentlichen aus zwei Gründen. Einerseits ist der Kooperationsverbund eine Alternative zu den vorherrschenden kodifizierten Formen der Institutionalisierung von Netzwerken. Andererseits umfasst der Verbund Akteure mit stark divergierenden Zielinhalten und ermöglicht es dennoch, die heterogenen Interessen der verschiedenen Mitglieder zu artikulieren. So gelingt es zumindest indirekt, politische

AQ F08-10-09586

Akteure zu adressieren und bisherige Handlungsdefizite der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auch über neue Organisationsformen abzubauen. In diesem Sinne ist hier zu fragen, ob die weitgehend informell geprägte Netzwerkstruktur die „eigentümliche Rationalität des Neokorporatismus“ (Lehmbruch 1988:23) um eine noch stärkere Politikantizipation erweitert, da sie nicht nur Politikdurchsetzung im klassischen Sinne der Korporatismusanalyse impliziert, sondern gar eine Form der Einwandvorwegnahme darstellt.

Auf der Grundlage der durch die bislang über gesetzliche Regelungen nicht formatierten Handlungsbedingungen werden im Folgenden Strukturen und Prozesse der Netzwerkbildung und Netzwerkarbeitsweisen herausgearbeitet. Dies geschieht exemplarisch am Beispiel des Kooperationsverbunds. Besondere Berücksichtigung finden des Weiteren die Landesvereinigungen für Gesundheit, weil sich hieran der Einfluss unterschiedlicher Interessenlagen besonders gut verdeutlichen lässt. An der Darstellung der Entwicklung dieses Verbundes soll gezeigt werden, wie sich Gesundheitsförderung in einer Situation entfaltet, die durch starke symbolische Aufladung bei gleichzeitig politisch diffusen Rahmenbedingungen charakterisiert werden kann.

2. Historischer Hintergrund und organisatorische Entwicklungen

2.1 Ottawa-Charta 1986 und veränderte Gesetzeslagen ab 1989

Mit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation wurde das Konzept der Gesundheitsförderung 1986 weltweit propagiert. Auf diesem Hintergrund wurden den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 (§ 20 des neu geschaffenen Sozialgesetzbuch V) die entsprechende Zuständigkeit für gesundheitsförderliche Maßnahmen übertragen. Allerdings zeigte sich, dass die Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Präventionsbedarf, die Zielgruppe der sozial Benachteiligten, weitgehend verfehlt wurde (Kirschner et al. 1995). Dies führte zu einer veränderten Programmstruktur, in der der Gesetzgeber die Zuständigkeit im Neuordnungsgesetz von 1997 auf betriebliche Gesundheitsförderung begrenzte. Eine erneute Veränderung des gesetzlichen Auftrags vollzog sich nach der Regierungsübernahme durch die Koalition von SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Der umfassende Ansatz zur Gesundheitsförderung wurde präzisiert und in § 20 des SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 neu gefasst. Erstmals werden jetzt zielgruppenspezifische, primärpräventive Maßnahmen vorgesehen, die insbesondere einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen. Die Präzisierung der Zielgruppen im Rahmen des gesetzlichen Auftrags und die Vorgabe spezifischer Herangehensweisen, um diese im Sinne des Setting-Ansatzes der WHO adäquat anzusprechen, waren aber nicht von dem erhofften Erfolg begleitet. Der Gesetzgeber zeigte sich wiederholt und mit unterschiedlichen Gründen unzufrieden mit der Umsetzung. Daher wurde erneut die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes vorgesehen und im Koalitionsvertrag der 2. rotgrünen Bundesregierung vereinbart.

Ziel war diesmal nicht eine veränderte Policy, sondern die strukturelle Stärkung des skizzierten Zieles des Sozillagenbezuges. Beabsichtigt war, zusätzliche Träger der

Sozialversicherungen einzubeziehen, Mittel zu erhöhen und Maßnahmen zu intensivieren und stärker zu koordinieren. Um dies umzusetzen, wurde im Jahre 2003 durch das Gesundheitsministerium ein umfangreicher Gesetzentwurf vorgelegt, der in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert wurde. Die Kostenträger kritisierten den Entwurf trotz vielfacher Änderungen, eine auf Initiative der Gesundheitsministerkonferenz 2004 entstandene Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft hingegen einigte sich trotz der Bedenken auf einen abschließenden Gesetzestext. Er wurde 2005 vom Deutschen Bundestag in dritter Lesung verabschiedet. Da sich der Deutsche Bundestag aber vorfristig auflöste, kam es nicht zu einer Beschlussfassung der zweiten Kammer, dem Bundesrat. Deshalb konnte das Gesetz keine Rechtskraft erlangen.

In einem weiteren Anlauf zur Regelung der Gesundheitsförderung hat die seit 2005 regierende Koalition aus CDU/CSU und SPD erneut vereinbart, ein Präventionsgesetz vorzulegen. Dessen Prämissen und Zielorientierung sind bislang jedoch nicht hinreichend geklärt (vgl. dazu z.B.: Altgeld et al. 2006a; Rosenbrock/Gerlinger 2006). Man muss daher aktuell von einem rechtlichen und organisatorischen Schwebezustand der Gesundheitsförderung ausgehen, wobei die damit zusammenhängenden Probleme persistieren. Dieser weiter bestehende Problemdruck dürfte mit dafür ausschlaggebend gewesen sein, dass sich verschiedenste Akteure in diesem Bereich um neue Lösungsmöglichkeiten bemüht haben, indem sie soziale Netzwerke etablieren und zu unterschiedlichen Zwecken nutzen.

2.2 Netzworkebildung im Gefolge der Ottawa-Charta

Da eine gesetzliche Regelung zur sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung wegen der bereits angesprochenen Probleme bislang nicht zustande kam, hat sich unter diesen prekären Bedingungen in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Netzwerken im Gesundheitsbereich etabliert. Man kann diese Formationen als niedrigschwellige Reaktionen von Praxis und Betroffenen deuten, um gepaart mit den Aktivitäten engagierter Wissenschaftler die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen voranzutreiben und bestehende Angebote auch durch neue Organisationsformen zu verknüpfen, um sie so zu optimieren.

Derartige Kooperationsformen, wie sie heute in moderner Terminologie mit dem Netzwerkkonzept beschrieben und untersucht werden, besitzen im Handlungsfeld der Gesundheit lange Tradition. Dies lässt sich an Institutionen verdeutlichen, die teilweise schon seit vielen Jahrzehnten existieren und zumindest netzwerkähnlich konfiguriert waren. So feierte die Landesvereinigung für Gesundheit in 2005 bereits ihr 100jähriges Bestehen, die Bundesvereinigung blickte im gleichen Jahr auf ihren 50. Jahrestag. Diese Vereine entstanden bereits zu einem Zeitpunkt, als sich das Handlungsfeld noch unspezifischer unter Begrifflichkeiten wie „Volkswohlfahrt“ oder später „Gesundheitsbildung“ oder „Gesundheitsaufklärung“ konstituierte (vgl. Altgeld et al. 2006b). Funktional gesehen hingegen sind erhebliche Veränderungen von Netzwerken zu beobachten. Ihr Verbreitungsgrad hat sich deutlich erweitert, die Breite ihrer Einsatzgebiete zugenommen und die Ziele, die von den partizipierenden Akteuren verfolgt werden, wurden stark ausgeweitet.

Am Beispiel des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten lässt sich die deutliche Funktionsveränderung von Netzwerken erkennen.

Das Gros der heute 13 Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (in drei Bundesländern bestehen keine entsprechenden Gremien mehr) ist seit 1989 und unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta entstanden, auch die älteren Einrichtungen beziehen sich heute explizit darauf. Im Zuge der Verstärkung der Gesundheitsförderung kam es zu weiteren Einrichtungen von Netzwerken auf Bundesebene, wie beispielsweise dem inzwischen mit der Bundesvereinigung fusionierten 'Deutschen Forum Prävention' und Gesundheitsförderung, der Konsensplattform 'gesundheitsziele.de' – jeweils auf Initiative und in Finanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit – sowie dem Netzwerk 'Plattform Ernährung und Bewegung e.V.', das auf Initiative des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft und unter Mitwirkung von Anbietern von Lifestyleprodukten und der Lebensmittelindustrie ins Leben gerufen wurde.

2.3 Grundlegende Bedingungen für eine Netzwerkbildung in der Gesundheitsförderung

Der Gesetzgeber definiert Gesundheitsförderung im SGB V, §20 (1) als normativen Auftrag mit dem Ziel, sozial bedingte Ungleichheiten zu verringern. Die Umsetzung dieses Auftrags ist allerdings mit einigen Schwierigkeiten behaftet, wofür unterschiedliche Gründe verantwortlich sind. Die zur Gruppe der „sozial Benachteiligten“ zusammengefassten Versicherten werden von den Krankenkassen eher als „schlechte Risiken“ betrachtet. Es handelt sich um einen Personenkreis, der mit großer Wahrscheinlichkeit nur geringe Einnahmen verspricht, aber hohe Ausgaben mit sich bringt. Diese, für den einzelnen Kostenträger ungünstige Risikocharakteristik sozial Benachteiligter konnte auch durch die bisherigen (Re-)Formen des Risikostrukturausgleiches nicht behoben werden. Soziale Benachteiligung ist offenbar mit ökonomischer Benachteiligung eng korreliert. Selbst bei der künftigen Einnahmenvollierung im Rahmen des projektierten Gesundheitsfonds (gemäß GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007) bleibt das erhöhte Ausgabenrisiko, so dass das Stigma einkommensschwacher Versicherter als „schlechte Risiken“ bestehen bleiben wird. Dies wirkt zumindest mittelbar negativ auf die Bereitschaft potentieller Akteure, sich an solchen Vorhaben zu beteiligen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006).

Für eine Analyse der Leistungseigenschaften von Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung hat es unter anderem zur Folge, dass das Set an Kriterien, das man zur Beurteilung des Nutzens von Maßnahmen heranzieht, um außerökonomische, insbesondere soziale Perspektiven erweitert werden muss. Vergleichbar dem Denken in der unternehmungstheoretischen Diskussion, in dem die Stakeholder-Perspektive an die Stelle der rein ökonomischen Shareholder-Sicht getreten ist, bleiben die ökonomischen Beurteilungskriterien wichtig. Sie werden aber über die Hinzunahme sozialer und gesellschaftlicher Beurteilungskriterien ausgeweitet (vgl. Ewers 1998).

Auch Netzwerke sind sinnvollerweise aus einer Stakeholder-Perspektive zu analysieren und ihre Leistung entsprechend nach mehreren Dimensionen zu bewerten. So wird es prinzipiell möglich, die spezifischen Probleme einer Erfolgsmessung sozialer Netzwerkstrukturen im Bereich der Gesundheitsförderung gegenstandsadäquat zu erfassen; neue Lösungsansätze für ihre weitere Ausgestaltung können gewonnen

werden. Allerdings steht die mehrdimensional angelegte, sozio-ökonomische Beurteilungsperspektive vor der besonderen Schwierigkeit, die Gewichte der einzelnen Kriterien bestimmen zu müssen¹, wenn eine Einschätzung abzugeben ist. Einerseits gilt es den sozialpolitischen Auftrag der Gesundheitsförderung zu erfüllen, andererseits müssen einzelbetriebliche, ökonomische Zielvorstellungen grundsätzlich akzeptiert werden. Wie diese mit der gesellschaftlich übergeordneten, sozialpolitischen Setzung bruchlos oder konfliktfrei in Übereinstimmung gebracht werden können, ist jedenfalls bislang nicht einvernehmlich geklärt.

Der allgemeine Auftrag der Ottawa-Charta, gesunde Lebenswelten zu schaffen, gerät in Widerspruch zum Versichertenprinzip der Kostenträger. Die einzelne Institution wird zu Leistungen verpflichtet, deren notwendigerweise anfallende Kosten den einzelwirtschaftlichen Erfolg mindern, obwohl sie sich nicht auf die eigenen Beitragszahler beziehen. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass sich die jeweiligen Mitglieder von `Lebenswelten` (sog. „Settings“ wie Schulen, Betriebe, Stadtteile) als Bezugspersonen nicht strikt nach der Mitgliedschaft bestimmter Träger von Leistungen im Rahmen der Sozialversicherung zuordnen lassen. Einfache Verrechnungen müssen daher scheitern.² Die sich aus diesen Zuordnungsunschärfen ergebenden ökonomischen Nachteile – die wirtschaftlichen Belastungen für den einzelnen Leistungsträger – müssen daher abgefangen werden, wenn dem gesetzgeberischen Auftrag einer soziallagenorientierten Gesundheitsförderung dennoch entsprochen wird. Organisiert werden kann dies über kassenartübergreifende Ausgleichs- oder Steuerungsmechanismen. Dies hat das Bundesversicherungsamt hinsichtlich der Prävention 2003 ausdrücklich bestätigt (vgl. Rosenbrock 2004). Auch im Entwurf des gescheiterten Präventionsgesetzes (vgl. Hommes 2005) und im Vorschlag der Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen, die die Gründung einer Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung vorsah (vgl. Voss 2005), wurden diese Gedanken aufgegriffen und ein entsprechende Organisationsmodell vorgeschlagen.

Das Organisationskonzept wurde allerdings gedeckelt, da eine Begrenzung der Mittel auf 150 bzw., im GKV-Vorschlag deutlich weniger, auf 35 Mio. € pro Jahr, vorgesehen war, um weiterhin einen erheblichen Teil der Mittel³ für Einzelmaßnahmen der jeweiligen Träger für die Gesundheitsförderung einsetzen zu können. Dieser Bereich ist für die Krankenkassen deswegen bedeutsam, weil ihre Leistungen durch das SGB V und die daraus abgeleiteten Steuerungsgremien (z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss) sehr genau vorgeschrieben sind. Aufgrund dieser systematischen Mittelbegrenzung entstehen nur geringe Spielräume, um sich im Wettbewerb herauszuheben und über Alleinstellungsmerkmale gegenüber konkurrierenden Anbietern zu profilieren. Beispielsweise könnten nun Kurse zur Gesundheitsförderung zu einem solchen Instrument entwickelt werden, um das Neukundengeschäft anzuregen oder bereits Versicherte stärker an ihren jeweiligen Anbieter zu binden. Selbst wenn wissenschaftliche Studien die Wirksamkeit von Kursen der primären Prävention durch Krankenkassen immer wieder in Frage stellen (so jedenfalls Rosenbrock/Michel 2007) – und sich damit ein Widerspruch zum Wirksamkeitsgebot des SGB V § 1 andeutet – existiert bislang jedenfalls ein stillschweigender Konsens, diese Aktivitäten der Kassen zu dulden und weiterhin zu ermöglichen.

Mehrere Beweggründe sind hierfür verantwortlich. Einmal spielt die Übereinstimmung mit den sozialpolitischen Zielen von Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe eine Rolle. Zum anderen könnte es mit der These zusammenhängen,

nach der der Gesundheitsförderung inzwischen die Bedeutung einer „3. Gesundheitsrevolution“ zukommt. Wellness, Fitness und Functional Food sind demnach für Akzeptanz und Steuerungsfähigkeit der Gesundheitssicherung in Deutschland zukunftsentscheidend (vgl. Kickbusch 2006).

3. Netzwerke und ihr materieller Gegenstand

Die Entwicklung von Netzwerkstrukturen als eigenständigem intermediären Organisationstypus beginnt seit den neunziger Jahren verstärkt wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Institutionell dominierte bislang der erwerbswirtschaftliche Betriebstypus die Diskussion. Spezifika, die sich aus den Besonderheiten anderer Betriebstypen (not-for-profit-Bereich, non-profit-Bereich) ergeben oder aus der Vernetzung von Betrieben mit unterschiedlichen Zielsetzungen entstehen, wurden weit weniger systematisch erforscht. Ähnliches gilt, wenn man auf die Besonderheiten abstellt, die sich aus der Art der Leistungserstellung ergeben, die für einen Betrieb typisch sind. Bislang vollzog sich die Erkenntnisgewinnung der Netzwerkforschung typischerweise an Unternehmungen, die Sachleistungen industriell erzeugten.⁴

Für den hier vorgestellten Bereich der Netzbildung und Netzwerksteuerung sind aber die Fragen der Zielbildung in einem Netzwerk, das aus Betrieben und Gruppierungen besteht, die unterschiedliche Ziele verfolgen und Dienstleistungen erzeugen, von besonderer Bedeutung.

Grundlagentheoretisch gesehen sind Netzwerke reversible und fluide Kooperationsformen, die das Management zu unterschiedlichen Zwecken einsetzen kann. Sie bilden zusätzliche Handlungsressourcen, auf die entweder generell oder selektiv zurückgegriffen werden kann. Konzeptionell handelt es sich bei einem Netzwerk um ein soziales System, in dem verschiedene Akteure interagieren, die unterschiedlichen Institutionen angehören, um bestimmte Ziele zu erreichen. Prozessual betrachtet ist es typischerweise eine spezifische Form der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit, die eine größere Zahl rechtlich selbstständiger Organisationen und ihrer Handlungsträger einschließt. Die zahlenmäßige Untergrenze besteht in der bilateralen Zusammenarbeit, eine Obergrenze lässt sich nicht exakt bestimmen, da sich die Zahl der Mitglieder eines Netzwerkes über die Effizienz zur jeweiligen Zielsetzung des Netzwerkes reguliert. Interorganisationale Netzwerke zeichnen sich durch eine mehr oder weniger kooperative, formalisierte und stabile Arbeitsteilung und Zusammenarbeit aus, die sich zwischen rechtlich selbstständigen und wirtschaftlich mehr oder weniger abhängigen Organisationen entwickelt hat (vgl. zusammenfassend: Staber 2004). Von den interorganisationalen Netzwerken sind intra-organisationale Netzwerke abzugrenzen; beide beinhalten sowohl formale als auch informale Kontakte.

Typisch für soziale Netzwerke ist, dass sich ihre Eigenart aus Interaktionen speist, die zu sozialer Strukturbildung führt, durch die es wiederum zur Verdichtung oder Verfestigung der Kontakte kommt. Diese Rekursivität von Interaktion und Struktur für das Herausbilden und Funktionieren von sozialen Netzwerken ist besonders wichtig, weil ein hohes Maß an Freiwilligkeit und Vertrauen der Netzwerkpartner untereinander gegeben sein muss, damit sich die Netzwerkarbeit als erfolgreich erweisen kann. Außerdem verlaufen die Kontakte weitgehend hierarchiefrei, sodass man von ande-

ren als für Unternehmungen typischen Koordinationsmomenten ausgehen muss (vgl. Dieckmann 1999).

Allerdings wächst durch die Netzwerkbildung auch die Gefahr, dass an die Stelle vormals autonomer Einzelbetriebe jetzt kollektivierte Aktivitäten im Netzwerkverbund entstehen und die `Identität` des einzelnen Akteurs verloren geht. Der einzelne Betrieb wird nur mehr als Teil eines übergreifenden Ganzen wahrgenommen und seine besonderen Leistungen werden zunehmend unkenntlich. Dann behindert die Kooperation im Netzwerk konkurrenzwirtschaftliches Verhalten.

3.1 Arten von Netzwerken

Bislang wurden zahlreiche Vorschläge entwickelt, um die Vielfalt unterschiedlicher Netzwerkarten zu typisieren und zusammenzufassen. Institutionelle Charakteristika (Unternehmung, Betrieb, Organisation) werden ebenso einbezogen wie funktionale bzw. manageriale Besonderheiten. Häufig finden sich Unterscheidungen von technischen und nicht-technischen Netzwerken, wobei letztere nach organisationalen und sozialen Dimensionen differenziert werden. Im Realfall sind vielfältige Querverbindungen bzw. Funktionsunterstützungen zwischen den verschiedenen Netzwerktypen anzutreffen, etwa weil organisationale Netzwerke sich zu ihrer Funktion technischer Netzwerke bedienen oder soziale Netzwerke bestimmte organisatorische Strukturen aufweisen. Andere Einteilungen zielen auf die Art der Interdependenz (z.B. ergänzend oder zusammenarbeitend), betonen die vorherrschende Beziehungsrichtung aus der Sicht des Leistungsprozesses (horizontal, vertikal), die Beziehungsintensität (direkter oder indirekter Austausch) oder die räumliche Verteilung der Netzwerkpartner (regional, national, international, global). Im Realfall treten die vorgenannten Differenzierungsmerkmale vielfältig kombiniert auf (vgl. Staber 2004). Die Formbestimmtheit von Netzwerken, ihre Kommando- und Herrschaftsstruktur, bildet ein weiteres Beschreibungs- bzw. Differenzierungsmerkmal. Unterschieden werden hierarchische und heterarchische Formen. Wird das Netzwerk hierarchisch reguliert, so geht dessen Führung klar von einer oder mehrerer seiner Mitgliedsinstitutionen aus. Akteure, die eine solche strategische Funktion übernehmen, werden auch als fokal bezeichnet, das gesamte Netzwerk entsprechend als fokal bzw. strategisch bezeichnet, da es über den fokalen Akteur gesteuert wird (vgl. Sydow 1995b).

Heterarchische Netzwerke hingegen sind solche, in der alle beteiligten Unternehmungen in strategischen Führungsfragen gleichberechtigt sind. Diese Art von Netzwerken wird – in Abgrenzung zum fokalen Typus – daher auch als polyzentrisch bezeichnet. Polyzentrische Netzwerke zeichnen sich durch ihre `verteilte` Entscheidungsstruktur aus, die Koordination wird durch alle Akteure des Netzwerks gemeinsam geleistet. Dabei kann die Koordination zeitweilig auf andere Mitglieder im Netzwerk delegiert werden und durch Gremien oder Komitees erfolgen. Man hat es eher mit assoziativer denn planerisch gesteuerter Abstimmung zu tun. Hierbei kann die räumliche Nähe der Akteure eine Rolle spielen, weil sich so eine Vertrauensbasis zwischen den Beteiligten leichter entwickelt werden kann, die eine Koordination ohne explizite vertragliche Regelungen erlaubt (vgl. Rautenstrauch et al. 2003).

3.2 Management von Netzwerken

Wenn vom Management von Netzwerken die Rede ist, sind im Wesentlichen zwei Bedeutungen gemeint:

- das Management des Netzwerks als eigene Entität (mit den diversen Unterschieden im Hinblick auf fokale und polyzentrische Arrangements) gegenüber seiner jeweiligen Umwelt
- das Management im Netzwerk als interne Funktion, um das Netzwerk nach außen arbeitsfähig zu machen (mit den diversen Unterschieden im Hinblick auf fokale und polyzentrische Arrangements). Hier geht es um die Binnendifferenzierung des Netzwerks oder um seine organisatorisch manageriale Gestaltung, um die Netzwerkzielsetzungen zu erreichen.

Zu den strategischen Aufgaben des Managements von Netzwerken gehören die Gründung, Umwandlung oder Auflösung spezifischer Netzwerkarrangements, die Bestimmung der Mitglieder, das Festlegen von Art und Umfang vertraglicher Bindungen innerhalb des Netzwerks, die Entwicklung spezifischer Netzwerkstrategien und des netzwerkspezifischen Leistungsprogramms, die Bewertung der Netzwerkunternehmen, einzelner Beziehungen oder des gesamten Netzwerks anhand strategischer, wirtschaftlicher oder sozialer Kriterien sowie die Regelung der personellen und ressourcenmäßigen Ausstattung des Netzwerkmanagements selbst. Außerdem ist in Abhängigkeit vom Netzwerktypus noch die Festlegung von Standorten zu nennen, an denen die Akteure ihre Teilleistungen erzeugen. Das Management in Netzwerken findet vorwiegend auf der operativen Ebene statt, es handelt sich je nach Netzwerktypus um laufende Managementaufgaben des täglichen Geschäfts. Die Koordination richtet sich auf die konkrete Gestaltung der Arbeitsbeziehungen im Rahmen der Abstimmung individueller Ziele und verbandlicher Interessen sowie der Lösung von Konflikten (vgl. Sydow 2006).

Als besonders wichtige Merkmale sind die Art der Steuerung eines Netzwerks, seine Funktionen und die zeitliche Bindungsdauer zu sehen. Denn die Steuerungsform eines Netzwerks liefert Anhaltspunkte darüber, wie seine inneren Kooperationsbeziehungen angelegt sind. Fokale Netzwerke sind Ausdruck einer organisationsübergreifenden Rationalisierungsstrategie, die sich über einen klaren Koordinator des Arrangements auszeichnet, der diese Aufgaben über verschiedene Knoten des Netzwerks wahrnimmt, so dass letztlich eine hierarchische Anordnungs- bzw. Kommunikationsstruktur entsteht, die aber nicht den Charakter einer einheitlichen Leitung in wirtschaftlichen Angelegenheiten – wie etwa im Fall eines Konzerns – hat. Es handelt sich um vertikal hochintegrierte Arrangements. Einfluss wird indirekt ausgeübt, indem die Handlungskontexte der beteiligten Akteure durch den Netzwerkkoordinator gestaltet werden. Dies geschieht über Weisungen und Verträge. Im Falle von Unternehmensnetzwerken kann es um Materialvorgaben, Qualitätsstandards oder Regelbindungen an Verfahrensweisen gehen, an die sich die Beteiligten halten müssen. So gesehen betreibt der fokale Akteur eine Metakoordination der ökonomischen Aktivitäten des Netzwerks. Abhängigkeiten können entstehen, die die Autonomie der anderen Akteure im Netzwerk erheblich einschränken. Außerdem spielen machtb-

sierte Sanktionen eine Rolle für die Stabilität und Zweckorientierung des Netzwerks, sie beziehen sich auf den Ausschluss aus dem Netzwerk, Begrenzungen finanzieller Spielräume und der Verteilung von Steuerungsmitteln. Die Zusammenarbeit ist demnach nicht von der Idee gleichberechtigter Partner getragen, sondern von der strategischen Konzeption des fokalen Akteurs und ist mit Kontrolle, Abhängigkeit, Konflikt, Wettbewerb und ungleichen Tauschverhältnissen assoziiert, da die marktliche Koordination innerhalb des Netzwerks als nicht zielführend gilt (vgl. zusammenfassend Sydow/Windeler 2000). Im fokalen Netzwerk unterscheiden sich die Machtgrundlagen und Machtausstattung der Akteure, sodass es zu einer letztlich anordnenden Entscheidungspartizipation kommt, in der die Teilnahme an der Planung für das Netzwerk erzwingen und ein Informationsanspruch gegenüber dem fokalen Akteur durchgesetzt werden kann (vgl. Eichler 2003). Damit wird auch deutlich, dass autonome Gestaltungsspielräume der Netzwerk Beteiligten im Beispielfall von Unternehmen abhängig von der Machtposition der fokalen Unternehmung sind. Fokale Unternehmungen tendieren dazu, wesentliche Produkt- und Leistungsprogrammentscheidungen zu zentralisieren und Qualitätsanforderungen zu standardisieren, in dem entsprechende Verträge und Regelungen verbindlich gemacht werden. In diesem Sinne untergeordnete Netzwerkakteure können dann zwar auf der operativen Ebene autonom handeln, haben ihre strategische Wahlfreiheit aber zunehmend eingebüßt. Die heterarchische Entscheidungsstruktur polyzentrischer Netzwerke zeigt sich darin, dass alle Akteure des Netzwerks an der jeweiligen Willensbildung beteiligt sind. Diese Form der Selbstabstimmung kann wiederum arbeitsteilig ausdifferenziert werden, indem die Koordination zeitweilig auf spezielle Funktionsträger delegiert wird oder durch Gremien oder Komitees erfolgt. Es handelt sich um ein eher assoziatives denn durch Planung gesteuertes Koordinationsverhalten, das auch ohne explizite vertragliche Regelungen erfolgreich funktioniert.

4. Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten als Beispielfall der Netzwerkbildung

Im Zuge der Diskussion um das Präventionsgesetz ist seit 2002 der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (im Folgenden: Kooperationsverbund) als Netzwerk aus Sozialversicherungen, Verbänden und Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung entstanden (vgl. Lehmann 2006). Der Verbund entwickelte sich aus einem Expertenworkshop im September 2001, der auf die Initiative der BZgA zurückging und untersuchen sollte, wie sich die Soziallagenorientierung im neu gefassten §20 des SGB V realisieren lassen kann. Zentral für die weitere Entwicklung war die Einschätzung, dass ein Erfolg der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung weniger eine Funktion der Kenntnisse der Interventionsmethoden, sondern mehr eine Funktion der systematischen Interventionsberichterstattung ist. Da sich die Berliner Landesvereinigung Gesundheit Berlin e.V. schon seit einigen Jahren in diesem Themenfeld bewegt und profiliert hatte,⁵ führte sie im Sommer 2002 eine Erhebung durch, in deren Ergebnis eine umfangreiche Datenbank mit 2.600 Projekten sowie ausführliche Projektdarstellungen und diverse Fokauswertungen entstanden sind (vgl. dazu im Überblick: Lehmann 2006).

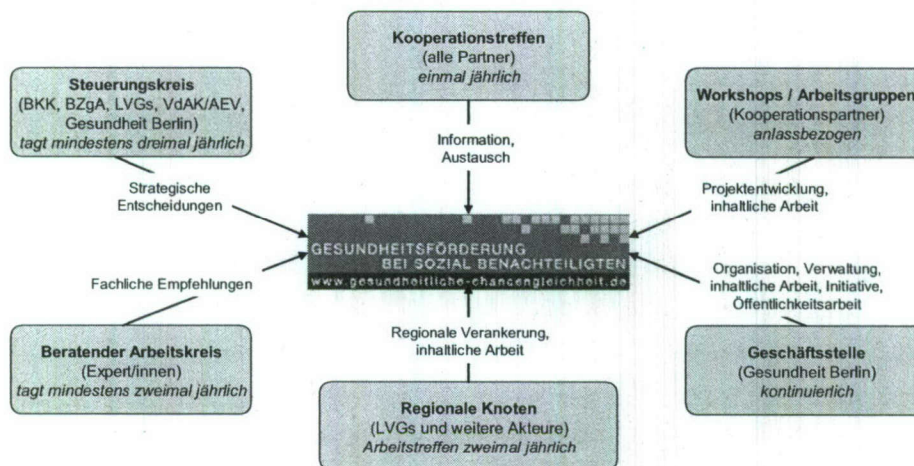
Letztlich entstand aus dieser Erhebung zu den Maßnahmen und Projekten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten die programmatische Grundlage für die Initiative zur Entwicklung des Kooperationsverbundes. Aus der sehr hohen Zahl der gemeldeten Projekte wurde das große Interesse deutlich, das grundsätzlich an einem Informations- und Wissensaustausch in der Gesundheitsförderung bestand. Als eine wesentliche Nebenbedingung, um diesen Informations- und Wissensaustausch erfolgreich organisieren zu können, erwies sich dann dessen Formbestimmtheit. Das Interesse galt nahezu ausschließlich einer systematischen, nicht hierarchischen, selbstgesteuerten und transparenten Form des Austauschs und der Möglichkeit zum wechselseitigen, nicht bevormundenden Lernen. Damit war die Leitidee einer polyzentrischen, heterarchisch organisierten Zusammenarbeit nahe liegend, wenngleich auch der Netzwerkbegriff anfänglich für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit noch keine systematische Rolle spielte.

4.1 Beginnende Strukturbildung

Der Kooperationsverbund ist für die Untersuchung von Netzwerkbildungen insofern besonders interessant, als er an die bestehende Struktur der Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung unmittelbar anknüpft, sich aus ihnen heraus als eigenständige Form entwickelt hat.⁶ Der anschließende Prozess lässt sich grob umreißen als Ineinandergreifen technologischer Organisationsmittel mit sozialen Organisationsformen, ohne dass eine einheitliche Leitung oder eine gezielte Planung dafür vorgelegen hätte. Der Prozess der Herausbildung eines Netzwerks, so wie er sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt darstellt, entfaltete sich entsprechend der unterschiedlichen Sachlogiken der Akteure. Hinzutreten mussten allerdings materielle und ideelle Ressourcengeber, um die Konzeption einer sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung mit Startkapital, Sozialkapital und Engagement auszustatten und voranzubringen.

Die Vergegenständlichung der Idee eines flexibel organisierten Netzwerks erfolgte dann zuerst auf technologischer Ebene. Dafür stand eine online zugängliche „lebendige Datenbank“. Mit ihrer Hilfe konnte erste Markttransparenz im unübersichtlichen Feld der Gesundheitsförderung erzeugt werden (vgl. Lehmann 2006). Erweitert wurde diese technologische Netzwerkkomponente durch eine Internet-Plattform (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Daran koppelten sich nach und nach soziale Organisationsformen an, die als regionalisierte Arbeitskreise aufgebaut wurden (ebd.). Auch sie hatten das Ziel, vorhandenes, aber separat gelagertes Wissenskapital durch Netzwerkbildung auszubauen. Allerdings waren Diskurs und persönlicher Kontakt sehr viel stärker ausgeprägt als dies für eine Datenbank oder eine Internetplattform der Fall sein kann. Offenbar gab es eine Fülle von Fragestellungen, die sich zwar über Datenbanken und Internet-Recherchen in den Grundstrukturen erschließen ließen, aufgrund ihrer faktischen Vielgestaltigkeit aber schneller durch Interaktionen über face-to-face (Meetings) oder voice-to-voice (Telefonate) Kontakte geklärt werden konnten. An diesen Regionalen Knoten in den Bundesländern beteiligten sich neben der BZgA und den Landesvereinigungen auch Krankenkassen (insbesondere AOKen, BKKen und der Verband der Ersatzkassen) sowie einzelne Landesministerien (ebd.).

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“



Stand: Oktober 2007

Abb.1: Organigramm des Kooperationsverbundes

Ausgangspunkt der sozialen Netzworkebildung war zunächst das halbjährlich stattfindende, informelle Koordinationstreffen der Geschäftsführer/innen der Bundes- und der Landesvereinigungen für Gesundheit in Deutschland.⁷ Dabei spielte die höhere Formalisierung der Kontakte durch die Vereinigungen sicher eine Rolle, wenngleich sie letztlich zwiespältig ist. Einerseits entstand durch die Koordinationstreffen ein deutlich höherer Bindungscharakter als im Kooperationsverbund. Andererseits nahm die Handlungsfreiheit ab, da ein relativ hoher Konsensbildungsdruck herrschte.

Die Landesvereinigungen sind in sich autonome Organisationen und ihre Zusammenkunft auf der Bundesebene war zunächst rein informell. Ähnlich der hohen Autonomie der einzelnen Bundesländer im Rahmen des Föderalismus, insistieren auch die Landesvereinigungen jeweils auf ihrer landesspezifischen Kompetenz und Funktion, noch genährt durch die Zuordnung des Gesundheitswesens in die Zuständigkeit der Länder.⁸

Durch die Verknüpfung in Form Regionaler Knoten ließ sich aber erstmals ein verbindlicher Rechtszusammenhang zwischen den Landesvereinigungen mit Gesundheit Berlin als Auftraggeber und den kooperierenden Landesvereinigungen als Auftragnehmer etablieren. Zwar hat die ungleiche Rechtsstellung zwischen den Schwesterorganisationen auf der Arbeitsebene mitunter zu internen Reibungen geführt. Gleichzeitig aber bildeten die Kooperationsverträge und die darin geregelten Ressourcenverteilungen eine feste Grundlage, um zu ersten gemeinsamen Aktivitäten aller Bundesländer in diesem Feld zu kommen. Seit Anfang 2007 sind nun alle Landesvereinigungen in diese Form der Zusammenarbeit eingebunden und das Ziel einer Flächendeckung erreicht (vgl. SVR 2007). Die Ressourcenausstattungen in den einzelnen Bundesländern variieren nach wie vor erheblich. Angesichts der vielfältigen Aufgaben einer soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung müssen sie als zu

gering eingeschätzt werden. Finanziert wird in den meisten Bundesländern lediglich eine halbe Personalstelle. Auch die Möglichkeit, die halbe Personalstelle wiederum jeweils hälftig über Bundesmittel (über BZgA, BKK-Bundesverband oder den Bundesverband der vdak/ AEK) und über Landesmittel (durch Ministerien, Regionalkassen oder Eigenmittel der Länder) zu finanzieren, ist nicht in allen Bundesländern gegeben (ebd.).

4.2 Legitimations- und Steuerungsprobleme des Netzwerks

Die Diversität der Akteursinteressen ist offensichtlich erheblich und führt zu deutlichen Legitimations- und Steuerungsproblemen sowohl des Netzwerkes als auch im Netzwerk selbst. Bei den bisherigen 46 Mitgliedern des Kooperationsverbundes handelt es sich zum einen um Institutionen, die bereits an zentraler Stelle im Gesundheitswesen tätig sind und die Gesundheitsförderung eher als zusätzliche oder richtungsändernde Aufgabe wahrnehmen. Dazu zählen u.a. die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Wohlfahrtsverbände. Daneben sind – neben der BZgA als zuständiger Bundesoberbehörde für die gesundheitliche Aufklärung – mit der Bundes- und den Landesvereinigungen für Gesundheit auch Akteure im Netzwerk, für die Gesundheitsförderung ihr eigentliches institutionelles Ziel, mithin Schlüssel- und Kernaufgabe ist. Teilweise werden von diesen Akteuren, die auch zu den ursprünglichen Initiatoren des Netzwerks gehörten, heute Fragen nach der Legitimität einer Mitgliedschaft und der Funktionsbedeutung der eigenen Mitarbeit aufgeworfen. Zentriert ist dies um eine mögliche Alibifunktion. Denn die bloße Mitgliedschaft im Netzwerk könnte für sich genommen bereits als Ausweis ausreichender Aktivität im Rahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung herangezogen werden und weitere – eigentlich notwendige – Maßnahmen damit eher als unnötig erscheinen lassen.

Hier bestimmen zwei Argumentationsmuster die Netzwerklegitimation. Auf der einen Seite ist eine stärker regulierte Präventionslandschaft auch für die Identität der Institutionen problematisch. Die Bundes- und Landesvereinigungen sind als NGOs definiert. Folgt man den Betrachtungen der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung (Wohlfahrtspluralismus / „welfare mixes“), so kommt dieser Art der Koordination und Steuerung eine Schlüsselrolle zu, die auch in vielfältigsten Modellfällen häufig erprobt und immer wieder als Mittel zur Modernisierung gesellschaftlicher Prozesse empfohlen wurde (vgl. Dingeldey 2006). Aus der Binnensicht der Landesvereinigungen enthält diese strukturelle Vorreiterposition in der Modernisierungsfunktion aber nur wenig Nährwert.

Dafür sind im Wesentlichen zwei Gründe verantwortlich. Der erste liegt darin, dass die diffuse Verankerung – die als Modernisierungspotenzial gesehen gerade ihre spezifische Stärke ausmacht – als prekär empfunden wird. Tatsächlich fehlt es an jeglicher auch juristisch verbindlicher Funktionsverankerung. Die Landesvereinigungen finden bislang in keinem einzigen Sozialgesetz, weder auf Bundes- noch auf Länderebene, Erwähnung. Ihre Mitwirkungsformen sind informell und entsprechend unabgesichert. Rechtlich betrachtet hat man es mit Vereinen zu tun, die nur der eigenen Mitgliedschaft verantwortlich sind und deren Satzungsinhalte und Strukturen durch die Vereinsmitglieder in den Mitgliederversammlungen im Rahmen der vereins-

rechtlichen Grenzen autonom bestimmt werden. Damit entfallen aber auch wesentliche Einflusschancen. Für die hoheitliche Steuerung von Mitteln auf der Grundlage eines Präventionsgesetzes kommen sie nur schwer in Frage, da sie keinen entsprechenden Kontroll- und Aufsichtspflichten unterliegen, wie man sie im para-staatlichen Bereich (z.B. bei den Sozialversicherungsträgern), bei Verbänden oder Körperschaften (z.B. Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen) kennt. Eine weitergehende Institutionalisierung liefert allerdings auch keine befriedigende Lösung des Dilemmas. Zwei der drei bisherigen Handlungsdomänen der Landesvereinigungen (nämlich Koordination und Qualitätsentwicklung) würden durch eine weitergehende Institutionalisierung der Gesundheitsförderung in Frage gestellt. Denn diese Tätigkeiten müssten dann auf einer einwandfrei geregelten gesetzlichen Grundlage abgewickelt werden,⁹ wodurch eigentlich notwendige Spielräume zur Erprobung innovativer Ansätze unnötig stark begrenzt würden. Nur die dritte, bisher zentrale Aufgabe der Landesvereinigungen, die Entwicklung von Modellprojekten, könnte soweit noch erhalten bleiben und dann durch zu erwartenden verstärkten Mittelzufluss an Bedeutung gewinnen. Doch auch hier ergibt sich ein klassisches Dilemma aus vielfältigen Akteursinteressen und kooperativer Netzbildung, die sich als Konkurrenz um knappe Netzwerkressourcen darstellt. Je stärker Modellprojekte an Bedeutung gewinnen, desto mehr verschärft sich die Konkurrenz unter den Mitgliedern des jeweiligen Netzwerks. Neben den Körperschaften und öffentlichen Trägern wie Ministerien, Gesundheitsämtern, Krankenkassen oder Berufsverbänden sind auch freie Träger und freigewerbliche Organisationen Mitglied in den Landesvereinigungen, die in einem wachsenden Handlungsfeld der Gesundheitsförderung von einem Mittelzuwachs profitieren möchten. Je stärker eine Landesvereinigung Modellprojekte akquirieren muss, um die eigene Funktionsfähigkeit aufrechterhalten zu können, desto mehr nimmt der Verteilungskampf zwischen den Netzwerkakteuren insgesamt zu. Damit wächst die Gefahr, dass sich die beispielgebende heterarchische Netzwerkkonzeption aushöhlt, zu einer durch eine fokale Organisation gesteuerten Konzeption mutiert oder das Netzwerk insgesamt zerfällt.

Der zweite Grund ist darin zu sehen, dass öffentliche Programmatik und gesundheitspolitisches Handeln zunehmend auseinanderklaffen. Schon seit über zwanzig Jahren wird der Bedeutungszuwachs der Gesundheitsförderung proklamiert. Subjektiv sehen die der Gesundheitsförderung verschriebenen Vereinigungen dieses stärker als fortlaufenden Abwehrkampf gegen drohende Kürzungen oder gar Auflösungen. Besonders einschneidend ist hier die Erfahrung der weitgehenden Streichung der Gesundheitsförderung aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen im Zuge des Neuordnungsgesetzes 1997, der alle Beteiligten in eine massive Krise stürzte. Aber auch die Auflösungen der Landesvereinigungen in Brandenburg und Baden-Württemberg sowie die mehrjährig geplante (aber letztendlich gescheiterte) Alternativgründung in Berlin (vgl. Kleiber 2001) oder die Verlagerung der Koordinationsaktivitäten auf eine Landesgesundheitskonferenz wie in NRW (vgl. Welteke et al. 2000) sind konkrete Beispiele einer Beschneidung der Möglichkeiten. Hinzukommt das knappe Scheitern des Präventionsgesetzes. Insoweit hat sich die Zielorientierung der Landesvereinigungen an einer langsamen Konsolidierung auf Nebenfeldern und der gesunden Skepsis gegenüber den Ankündigungen von einschneidenden Veränderungen als zutreffend erwiesen. Ihre Orientierung an kleinen, machbaren Schritten ist von daher gut nachvollziehbar.

Perspektivisch bliebe noch das weiter zu erschließende Tätigkeitsfeld der berufspolitischen Vertretung der Gesundheitsförderer als Legitimationsbasis. Hier muss man allerdings sehen, dass es bereits besetzt wird durch verschiedene Wissenschafts- und Berufsverbände (wie die sog. „Präventologen“, die wissenschaftlichen Fachorganisationen im Bereich Public Health, Sozialmedizin und Prävention; vgl. dazu: Geene/ Kolbe 2004).

4.3 Zwischenresümee: Mixed blessings

Fasst man die Beweggründe der Akteure zu einer Mitarbeit im Netzwerk zusammen, so kann man eine gewisse Überforderung durch die normativen Ansprüche der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung konstatieren. Das Netzwerk des Kooperationsverbundes hilft ihnen dabei, hier eine Umgehensweise zu finden, die die normativen Vorgaben antizipiert, ohne existenzielle Fragen des eigenen Fortbestehens oder die Hoheit über die eigenen Finanzen zu berühren. Auch wenn der Output des Netzwerkes insgesamt eher gering ist – seine Aktivitäten befinden sich vom Wirkungslevel weit unterhalb des angestrebten Zieles einer bevölkerungsbezogenen Verbesserung des Gesundheitszustandes, die mit einem Präventionsgesetz avisiert ist –, so ist ihm – im Gegensatz zu manchen wesentlich ambitionierteren Projekten wie beispielsweise dem Gesetzgebungsverfahren – ein langsamer aber beharrlicher Fluss hin zu einer Operationalisierung der Soziallagenorientierung zu attestieren. Unter sozio-ökonomischen Gesichtspunkten erfährt die Gesundheitsförderung in Deutschland durch die Netzwerkbildung also eine gelingende gegenseitige Stützung. Ein wichtiger Aspekt zeigt sich auch im Bereich der Fertigungstiefen der bereitgestellten Dienstleistungen in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Nach dem anfänglichen Scheitern der Gesundheitsförderung auf Grund der starken Mittelschichtorientierung (vgl. Kirschner et al. 1995), kulminierend in der weitgehenden Streichung aus dem Sozialgesetzbuch im Zuge der Neuordnungsgesetze 1996 (s.o.), bildete sich der von der WHO proklamierte Setting-Ansatz als State of the Art der Gesundheitsförderung heraus (vgl. Rosenbrock 2004). Im Entwurf des Präventionsgesetzes fand sich dieser unter der Überschrift „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“. In der Praxis der Gesundheitsförderung wurde dieser hochkomplexe Ansatz zumeist durch unterkomplexe Interventionen ersetzt: verhaltenspräventiv orientierte Kursangebote oder Aufklärungsschriften sind leichter zu implementieren als hochkomplexe Organisationsveränderungen im Sinne gesunder Lebenswelten. Die gemeinsame Verpflichtung im Kooperationsverbund führte dazu, dass die Soziallagenorientierung nunmehr ein Leitziel aller Aktivitäten der Netzwerkpartner darstellt. Insofern ist zu konstatieren, dass gerade die informelle Netzwerkbildung zu einer hohen Politikantizipation geführt hat. Hinsichtlich der Fertigungstiefen wird die Zukunft zeigen müssen, inwieweit hier eher symbolisch der sozialpolitische Inhalt der Soziallagenorientierung als Einwandvorwegnahme besetzt wird, um gesetzlichen Maßnahmen die Legitimation zu entziehen, oder ob die vom Gesetzgeber gewünschte Breitenwirkung auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitsförderung tatsächlich initiiert wird.

Überträgt man die eingangs dargestellten netzwerktheoretischen Differenzierungen auf den hier behandelten Bereich, so muss man feststellen, dass sich zu den an-

fänglich heterarchischen Strukturen einer rein freiwilligen und gleichberechtigten Teilnahme gewisse Fokalisierungstendenzen einstellen. Zwar wird dies in der Binnenlogik der Netzwerksteuerer so noch nicht wahrgenommen – und vielleicht soll es dies auch nicht.¹⁰ Man muss aber den Mehrfachcharakter deutlich machen, den die Netzbildung im Kooperationsverbund für die unterschiedlichen Akteure einnimmt. Durch die Teilnahme an der Netzbildung beschaffen sich die Gesetzlichen Krankenkassen einerseits notwendige Legitimation im Hinblick auf ihren sozialpolitischen Auftrag. Sie schaffen eine Basis, um diesen Auftrag abzuarbeiten, ohne in übermäßigem Umfang Ressourcen einzuspeisen. Dies zeigt sich darin, dass nicht nur die im Entwurf des Präventionsgesetzes vorgesehenen Mittel unterschritten werden. Selbst die im eigenen Stiftungsvorschlag für die Fondsbildung avisierten 35 Mio. € pro Jahr werden bislang nur zu einem Bruchteil in den Kooperationsverbund eingespeist. Die zeitgleich von den Krankenkassen beschlossene Budgetierung von 50 Cent je Versichertenjahr für außerbetriebliche Settings (vgl. Stuppardt 2008) werden nicht über den Kooperationsverbund verausgabt, sondern den Einzelkassen als interne Budgetgröße aufgegeben, die sie für eigenständig zu konzipierende Maßnahmen verwenden. Trotz dieser erkennbaren ökonomischen Minimallösung erzeugt das Netzwerk aber auch für andere Akteure Nutzen. Denn ähnlich wie die Krankenkassen stehen andere Institutionen und Bereiche wie Sozialversicherungsträger, die Ärzteschaft, Institutionen des Sports oder auch die Wohlfahrtsverbände unter einem gewissen Druck, sich in der Gesundheitsförderung stärker zu engagieren. Das Netzwerk bietet schon heute die Möglichkeit, die neuesten Entwicklungen in diesem dynamischen Bereich kennen zu lernen und sich mit den zentralen Akteuren im Feld auszutauschen. Erleichtert wird dies durch den unbürokratischen, niedrighschwelligen Zugang, da für eine Mitgliedschaft im Netzwerk lediglich die Unterzeichnung der sehr allgemeinen Grundsatzerklärung notwendig ist, aber keine Mitgliedsbeiträge anfallen und keine Selbstverpflichtungen abzugeben sind (vgl. Kooperationsverbund 2007).

5. Theoretische Einordnung der Netzwerkcharakteristik des Kooperationsverbundes

Die Erkenntnisse der Netzwerkforschung lassen sich in unterschiedlichem Umfang auf den Kooperationsverbund anwenden. Unter Beschreibungsaspekten kann man die jetzt stärkere Bündelung der zuvor eher informell verknüpften Landesvereinigungen als beginnende Ausdifferenzierung einer Netzwerkstruktur interpretieren. Diese 'flexible Verfestigung' äußert sich sowohl in einer zunehmenden Vereinheitlichung der Angebotspalette der verschiedenen Akteure des Netzwerks (im Hinblick auf die Mittel der Koordination, die Modellprojekte und das Vorgehen zur Qualitätsentwicklung) als auch bei der inhaltlichen Orientierung, wenn z.B. Good-Practice-Kriterien als Leitideen vorgeschlagen bzw. verwendet werden. Die darin zum Ausdruck kommende Identitätsbildung und präzisere Selbstdefinition hat wesentlich dazu beigetragen, bisherige juristische und teilweise inhaltlich unklare Anbindungen der Landesvereinigungen zu reduzieren. Dabei darf eine Vereinheitlichung allerdings nicht zur bloß formalen Standardisierung im Vorgehen und Angebot führen. Um die Sorge vor solchen Autonomieverlusten bereits vorwegnehmend zu verringern, werden die vertraglichen Beziehungen von Gesundheit Berlin mit den anderen Landesvereinigun-

gen – ebenso wie alle weiteren Finanzvereinbarungen im Kooperationsverbund – weitgehend nur kurzfristig, in der Regel kalenderjährlich, geschlossen. Ergänzend bestehen weitere Sicherungsmechanismen der einzelnen Landesvereinigungen, um ihre spezifischen Kernkompetenzen zu erhalten darin, bestimmte Arbeitsmethoden und Vorgehensweisen aus dem eigenen Katalog auszuschließen.¹¹ Ausstiegsoptionen und Wahlfreiheiten sind demnach bewusst eingeräumte Mittel, um Kooperationsbereitschaften und Bindungsabsichten nicht zu strangulieren. Die bisherige Verstetigung und der höhere Organisationsgrad durch die vernetzte Arbeit haben zu der Einschätzung beigetragen, dass die Zugehörigkeit zum Kooperationsverbund spezifischen Mehrwert erzeugt. Dieser starken Sogwirkung kann sich keine Landesvereinigung entziehen.

Die einzelnen Landesvereinigungen erzeugen eine sehr spezielle Dienstleistung, die hier mit dem Oberbegriff der Gesundheitsförderung umschrieben wird. Insoweit ist in diesem Zusammenhang zu fragen, wie sich dieser Prozess der Leistungserstellung durch die Netzworkebildung verändert, wie sich die Netzworkeleistungen dann auf die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung auswirken und wie es in deren Folge wiederum dazu kommt, dass sozial bedingte Ungleichheit reduziert wird. Die oben beschriebene Auswirkung des Agenda-Setting der Soziallagenorientierung leistet hier einen unverzichtbaren, aber per se nicht ausreichenden Beitrag. Um einen Vor- teils-Nachteilsvergleich methodisch abgesichert belegen zu können, müsste dieser schon ausreichend komplexe Zusammenhang von Leistungen und Resultaten dann als Netzworkeleistung mit der Summe der bisherigen Einzelleistungen der jeweiligen Landesvereinigungen verglichen werden. Dazu fehlen bislang aber die einschlägigen Daten (vgl. Conrad/Hucker 2007). Wir müssen uns daher an dieser Stelle mit der Darstellung einiger Argumente bescheiden, ohne auf empirische Belege quantitativer Art rekurreren zu können. Demnach erfolgt eine `systemische Rationalisierung` durch Netzworkebildung in zweierlei Hinsicht: einmal entsteht sie im Rahmen der Arbeitsteilung im Netzworke selbst, zum anderen aber auch innerhalb der einzelnen Landesvereinigungen. Es kommt demnach auch in beiderlei Hinsicht zur Übertragung von Inhalten, Aufgaben, Informationen und Macht, einmal sozusagen auf der Landesebene, zum anderen im Rahmen des Netzworke. Diese Netzworkesteuerung lässt sich insgesamt mit den beiden Typen fokaler und heterarchischer Art nicht ausreichend präzise beschreiben. Denn in der internen Kommunikation und in der Außendarstellung wirken die Netzworke weitgehend polyzentrisch organisiert. Die Mitgliederversammlungen bilden jeweils das höchste beschlussfassende Organ, sie setzen Vorstand, Beiräte und Arbeitskreise ein. Die Arbeitskreise werden von unterschiedlichen Netzworkemitgliedern geleitet und koordiniert, ihre Ergebnisse wiederum in die Netzworkeorgane eingespeist. Gesteuert werden die gesamten Vereinigungen in der Regel von der hauptamtlichen Geschäftsführung, die im Auftrag des Vorstandes die normativen Vereinsinteressen und die der Mitglieder bündelt und umsetzt. Tatsächlich aber ist der fokale Aspekt stark ausgeprägt. Es besteht eine hohe Abhängigkeit von den jeweiligen Zuwendungen, die auf der Landesebene zumeist von den jeweiligen Ministerien geleistet werden, auf der Bundesebene vom Ministerium (Bundesvereinigung) bzw. durch ihre nachgeordnete Behörde, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (vgl. Kooperationsverbund 2007).

6. Abschließende Einschätzungen

Für den Bereich der Gesundheitsförderung macht eine rein ökonomische Betrachtung von Netzwerkstrukturen augenscheinlich aus mehreren Gründen nur begrenzt Sinn. Ein bloß betriebswirtschaftlich ausgerichteter Vorteils-Nachteilsvergleich dieser Art der Koordination mit anderen Instrumenten, um Interessen, Handlungen, die Erstellung und die Verwertung von Dienstleistungen abzustimmen, verkennt, dass das Feld der Gesundheitsförderung bislang nur einen Promillebereich der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen insgesamt ausmacht. Außerdem werden, wenn es denn um die Erzeugung marktgängiger Produkte der Gesundheitsförderung im Rahmen von Netzwerkstrukturen geht, bislang am ehesten noch solche aus dem Bereich des sog. 'Wellness' verhandelt. Sie aber werden tendenziell aus dem gesetzlich verpflichtenden Angebotskatalog ausgegrenzt, den die Leistungsträger anbieten.

Netzwerktheoretisch besonders interessant sind zwei Aspekte: zum einen sind es die Handlungs- bzw. Ausgestaltungsspielräume, die sich aus dem Wechselspiel von Fremd- und Selbststeuerungsmöglichkeiten im korporatistischen Geflecht des Gesundheitswesens ergeben. Zum anderen ist zu fragen, inwieweit eine Netzwerkbildung durch Einwandvorwegnahmen im Zuge erwartbarer oder wahrscheinlicher gesetzlicher Vorgaben beeinflusst wird. Diese Gefahr ist den Akteuren des Netzwerkes überaus bewusst, und hintergelegt ist eine deutliche Sorge vor entsprechenden Entwicklungen einer 'Kollektivierung'. Tatsächlich scheint keiner der Akteure bereit, für den 'kollektiven Traum' einer nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsförderung in Deutschland die eigene organisationale Struktur in Gefahr zu bringen. Zu deutlich steht die Gefahr des Identitätsverlustes und der Atrophie einzelwirtschaftlicher Autonomie.

Mit ihrer Netzwerkbildung tragen die Akteure über die Grenzen ihres eigenen Aufgabengebietes zum Erfolg ihrer Einzelinstitutionen bei. Sie nutzen dies wie im unternehmerischen Zusammenhang auch (vgl. Sydow 1995a) zum Aufbau bzw. Ausbau von sozialem Kapital, zur Informationsgewinnung, zur Steuerungsfähigkeit und im Sinne des lobbyistischen Auftrages zur Popularisierung der Gesundheitsförderung.

Die Netzwerkbildung hat sich im hier untersuchten Beispielfall als interessante und durchaus angemessene Methode der Politikantizipation und Politikimplementation erwiesen. Sie zeichnet sich aus durch eine Vielzahl vertrauensbildender Aktivitäten auf der unmittelbaren Arbeitsebene, wichtigen Service- und Dienstleistungsfunktionen für die einzelnen Netzwerkpartner, einer bedeutsamen Stabilisierung durch vereinheitlichte Strukturen und einer inhaltlichen Rahmenorientierung gemäß dem gesetzlichen Anspruch der Soziallagenorientierung in der Gesundheitsförderung. Offen bleibt bislang die Frage, welchen Entwicklungspfad die Netzwerkbildung einschlagen wird. Einerseits korrespondieren heterarchische Strukturen offensichtlich gut mit den Erwartungen vieler Akteure, andererseits sind Einflussnahmen von Ressourcengebern unverkennbar, die zu einer stärker hierarchischen und vermachteten Netzwerkkonfiguration neigen.

Für die weitere Netzwerkforschung im Bereich der Gesundheitsförderung dürften aus dem hier präsentierten Beispielfall mehrere Anregungen zu gewinnen sein:

1. zum Ersten waren Foren der Interessenartikulation und arbeitsteilig koordiniertem Vorgehen bei teilweise divergierenden Zielvorstellungen der Netzwerkakteure bislang kaum Gegenstand eingehender netzwerktheoretischer Untersuchungen; von Bedeutung sind daher die Zielsysteme der Akteure, die als Netzwerk figurieren. Da die jeweiligen Zielsetzungen das Managementhandeln und die Erfolgskriterien entscheidend prägen, ist die Kenntnis der Zielsysteme von entscheidender theoretischer wie praktischer Bedeutung. In dem hier betrachteten Bereich sind Einzelakteure und Institutionen mit unterschiedlichen Zielinhalten zu Netzwerken verknüpft. Die institutionellen Akteure und die betrieblichen Entscheidungsträger entstammen sowohl dem Unternehmensbereich, aber auch non-profit- und not-for-profit-Betrieben. Aus diesen inhaltlichen Unterschieden in den Zielen und Interessen der in einem Netzwerk integrierten Betriebe entstehen besondere Abstimmungs-, Steuerungs- und Managementherausforderungen. Es geht um den möglichen Formatwechsel des Netzwerkmanagements, wenn Betriebe zu integrieren sind, die einerseits nach erwerbswirtschaftlichen Zwecksetzungen agieren und andererseits gemischtwirtschaftliche oder gemeinwirtschaftlich orientierte Akteure eine wesentliche Rolle für die Funktionsfähigkeit eines Netzwerks besitzen;

2. zum Zweiten sind die Spezifika von Netzwerken angesprochen, die mit der Produktion und dem Absatz von Dienstleistungen zu tun haben. In diesem Fall beziehen sie sich auf Leistungen, die im Wesentlichen beitragsfinanziert sind, für die sich keine klaren Angebotspreise ermitteln lassen und die Anbieter sowohl konkurrieren als auch kooperieren. Eine solche hochkomplexe Situation fügt sich ersichtlich nicht den Standardzuordnungen für Managementfragen, wie sie typischerweise vorgetragen werden. Verschärft wird dies durch den bisher industriebetrieblichen Schwerpunkt der Netzwerkforschung, die die Spezifika der Produktion von Dienstleistungen nur wenig reflektiert und die managementerheblichen zwischen Sach- und Dienstleistungserzeugung gravierend unterschätzt (vgl. Corsten 1990).

Von großem Interesse ist die Netzwerkanalyse auch unter dem politikwissenschaftlichen Aspekt der Ausreifung und Institutionalisierung des Handlungsfeldes der Gesundheitsförderung, das durch die fortlaufenden Diskussionen um ein bundesdeutsches Präventionsgesetz von hoher Aktualität ist. Mosebach/Walter (2006: 20f.) analysieren das Scheitern des Präventionsgesetzes mit Blick auf einen Neuanfang wie folgt: „Eine erfolgreiche politische Steuerung basiert also letztendlich darauf, dass es gelingt, eine begünstigende Akteurskonstellation politisch zu organisieren“. Weiter bemerken sie unter Verweis auf die Governance-Forschung von Bandelow (2003) und Scharpf (2000): „Vertrauen, reziprokes Handeln und gemeinsame Wertüberzeugung können zu einem effektiven und effizienten Interorganisationsmanagement beitragen“. Diesen richtigen Erkenntnissen fehlt jedoch noch die praktische Dimension, also die für richtig erkannten Wege nicht nur zu proklamieren, sondern schon konkret zu beschreiten. Dies ist vielleicht der entscheidende Unterschied vom bisherigen Diskurs zum hier beschriebenen Netzwerkaufbau des Kooperationsverbundes, der vielerlei theoretische Diskussionen durch die konkrete und praktische Umsetzung weitgehend obsolet macht. Immerhin legen Mosebach/Walter (2006:21) hier einen hohen Maßstab an: „Der parlamentarische Entscheidungsfindungsprozess

und die nachfolgende Implementierung des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention können Hinweise geben, ob die Gesundheitspolitik zukunftsfähig und zu einem auf Prävention und Gesundheitsförderung setzenden Paradigmenwechsel fähig ist“. Auch wenn dieser Einschätzung der kommenden gesetzgeberischen Diskussion zu einer Grundsatzfrage des sozialen Sicherungssystems gefolgt wird, was – wie wir im Titel ausdrücken – auch unser Anspruch in diesem Beitrag ist, wäre eine etwas bescheidenere und auch selbstkritischere Haltung gegenüber der Bedeutung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Prozessanalysen angezeigt. Zu wünschen ist vielmehr eine stärkere Wertschätzung der handelnden Akteure mit einem klaren Subjektbezug. Erst unter dieser Perspektive, der Artikulation und Bündelung der Interessen der Akteure und ihren Netzwerken, eröffnet sich die konkrete Gestaltungsmöglichkeit für die vom Gesetzgeber bereits seit 2000 intendierte soziallagenbezogene Gesundheitsförderung. Der weitere Verlauf wird dann zeigen, ob die Reformfähigkeit eher durch die normative Kraft der Gesetzgebung unter Beweis gestellt werden kann, oder eher über Politikantizipation durch Netzwerkbildung erfolgt.

¹ Auch diese Frage ist weder einfach noch wahrscheinlich einvernehmlich zu beantworten. Neben quantitativen Ansätzen sind hier qualitative und diskursive Vorgehensweisen zu nennen. Sie sind deswegen von besonderer Bedeutung, weil sich viele soziale Sachverhalte einer Logik der Quantifizierung entziehen.

² Nicht ohne Grund kommen innovative Beispiele der Umsetzung noch am ehesten aus dem Bereich der Betriebskrankenkassen, da diese z. T. noch angebunden an große Konzerne (als Setting) wirken. Beispielhaft dafür können die Aktivitäten der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) stehen, die einen großen Anteil der Siemens-Beschäftigten versichert hat und über diesen großen Versichertenkreis auch im sozialen Umfeld des Konzerns im Ortsteil Siemensstadt (Berlin-Spandau) wirken können. Da jedoch seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1994 Wahlfreiheit in der GKV besteht, muss diese Form der Bindung eher als Relikt an alte Zeiten gelten, die zwar im konkreten Einzelfall hohe Bindungswirkung erzielen kann, im Regelfall aber nicht reproduzierbar ist.

³ Gerechnet wurde im Rahmen des Präventionsgesetzes mit einem jährlichen Gesamtvolumen von 250 Mio. € (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006).

⁴ Die Sach- bzw. Dienstleistungsproblematik ist deswegen managementerheblich, weil sich die Führungs- und Organisationslogiken beider hier angesprochenen Erzeugungsarten markant unterscheiden. Natürlich handelt es sich bei dieser Gegenüberstellung um idealisierte Abgrenzungen, die im Realfall in mehr oder weniger großem Umfang miteinander verbunden sein können. Dies betrifft dann auch die weitergehende Untersuchung, wenn Herstellungsprozesse nicht mehr einzelbetrieblich analysiert werden, sondern Art und Umfang einer Vernetzung solcher Prozesse betrachtet werden. Auch hier kann es dann zu einer Verkopplung von Sach- und Dienstleistungsanteilen im Rahmen einer Netzwerkproduktion kommen. Betriebswirtschaftlich verhandelt wird diese Frage beispielsweise bei der Festlegung der Fertigungstiefe, sie ist demzufolge lediglich eine spezifische Sicht auf den Vernetzungsgrad einer Leistungserstellung. Die Frage des Vernetzungsgrades einer Unternehmung ist bislang stets in den Analysebereich konstitutiver Entscheidungstatbestände gefallen. Allerdings ist diese Perspektive für die Netzwerkforschung deswegen nicht stilbildend, weil hier die besonderen Leistungseigenschaften und Managementfunktionen aus einzelbetrieblicher Sicht betrachtet werden. Die Besonderheiten von Netzwerken als eigenem Organisationskonzept bilden nicht den Schwerpunkt. Deren Spezifika werden erst zum Gegenstand der modernen Netzwerkforschung, in dem sie Netzwerke als besondere organisatorische Arrangements, als Entitäten sui generis, begreift. Seine moderne strategische Bedeutung erhält der klassische Entscheidungstatbestand der Festlegung des Vernetzungsgrades daher durch seine systematische Verbindung mit den anderen konstitutiven Entscheidungsfeldern der Unternehmungsführung. Leistungsprogrammplanung, Standortwahl, Festlegen der Rechtsform oder der Gebildestruktur werden auch unter dem Kriterium geprüft, wie sich im Rahmen von Netzwerkstrukturen realisieren lassen. Unter anderem führt dies dazu, dass verstärkte Kooperationen im bzw. durch ein Netzwerk, neue Handlungsspielräume und Verwertungschancen eröffnet, weil jeder einzelne Netzwerkakteur (oder in Kombination mit anderen Netzwerkakteuren) strategisch anders agieren kann als die klassische Alleinunternehmung.

⁵ insbesondere durch die jährliche Durchführung des Kongresses „Armut und Gesundheit“, der sich zum größten Public Health-Forum in Deutschland entwickelt hat (vgl. Geene 2004).

⁶ Motiviert vom großen Erfolg dieser initialen Zusammenarbeit vereinbarten BZgA und Gesundheit Berlin aufbauende Anschlussprojekte in Form einer Internet-Plattform, der Regionalisierung des Prozesses und der Qualitätsentwicklung über Good Practice (vgl. Lehmann 2006). Diese erfolgten jedoch nicht mehr in Form eines Auftrages, sondern vielmehr als Zuwendungen. Die ursprünglich straffere Form der Auftraggeberrolle durch die BZgA wurde dadurch in eine sanftere Form der Projektförderung (Fehlbedarfsfinanzierung) übergeleitet, da bei einer solchen Finanzierung - anders als bei einem Auftrag - keine Übertragung des geistigen Besitzes erfolgt. Für wissenschaftliche Begleitung des Kooperationsverbundes und Qualitätskriterien richtete die BZgA einen Beratenden Arbeitskreis ein, der 2003 Good Practice-Kriterien konsenterte, die in der Folge auch in die Leitlinien der GKV für die Durchführung von Setting-Aktivitäten übernommen wurde (vgl. Kooperationsverbund 2007).

⁷ Bundes- wie Landesvereinigungen sind als eingetragene Vereine organisiert, die Mitgliedschaften setzen sich aus Körperschaften und Einzelpersonen zusammen. Neben den Ministerien sind zumeist auch die Krankenkassen sowie Wissenschafts-, Wohlfahrts- und Berufsverbände und freie Träger (zahlendes) Mitglied. Die Zahl der Mitglieder schwankt zwischen 30 und 150.

⁸ Trotz der konkurrierenden Gesetzgebung gemäß Art. 74 GG ist das Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, weitestgehend Ländersache.

⁹ Bei der Rechtsformenwahl gibt es Spielräume. Möglichkeiten liegen beispielsweise in einer Stiftung auf Bundesebene oder in Gründungen von Arbeitsgemeinschaften der Kostenträger auf Länderebene analog SGB V (Rosenbrock/Gerlinger 2006).

¹⁰ Bestes Beispiel dafür ist, dass im Steuerungskreis des Kooperationsverbundes neben BZgA, Krankenkassen und Gesundheit Berlin auch eine Landesvereinigung vertreten ist, die als Vertreterin der Auftragnehmer mit den Förderern sowie Auftraggebern ihrer Auftraggeberin Gesundheit Berlin in formaler Gleichberechtigung sitzt (vgl. Abb. 1). Es wird im weiteren Verlauf zu prüfen sein, inwieweit dies Ausdruck des diffusen Selbstfindungsprozesses des Netzwerkes ist oder eher ein Beispiel für eine Vielebenenstruktur, die nur im Rahmen von Netzwerkbildung möglich ist.

¹¹ Beispielsweise führt die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt eine unter Copyright gesetzte Auditierung gesunder Schulen und gesunder Kitas mit Lizenzverträgen an andere ostdeutschen Landesvereinigungen.

7. Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
NGO	Non-Governmental Organization
SBK	Siemens-Betriebskrankenkasse
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SVR	Sachverständigenrat
vdak	Verband der Angestellten Krankenkassen
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
WHO	World Health Organization

8. Literatur

- Altgeld, T./Geene, R./Glaeske, G./Kolip, P./Rosenbrock, R./Trojan, A. (2006[a]): Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik, Diskussionspapier der Friedrich Ebert-Stiftung, Bonn.
- Altgeld, T. / Bächlein, B. / Deneke, C. (Hrsg.) (2006[b]): Diversity-Management in der Gesundheitsförderung. Zielgruppen und Zielgruppengenaugkeit im Wandel, Frankfurt.
- Bandelow, N. (2003): Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B33/34, S.14-20.
- Conrad, P./Hucker, T. (2007): Evaluation der Tätigkeiten des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‘. Evaluation im Auftrag der BZgA. Hamburg.
- Corsten, H. (1990): Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungsunternehmung, 2., durchges. Aufl., München/Wien.
- Dieckmann, D.S.(1999): Internationale Unternehmensnetzwerke und regionale Wirtschaftspolitik, Diss., Wiesbaden.
- Dingeldey, I. (2006): Aktivierender Sozialstaat und sozialpolitische Steuerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B8/9, S.3-9.
- Eichler, B. (2003): Machtverteilung und Konfliktregelung in Netzwerken, in: Bach, N./Buchholz, W./Eichler, B. (Hrsg.): Geschäftsmodelle für Wertschöpfungsnetzwerke, S. 117 - 132, Wiesbaden.
- Geene, R. (2000): AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt.
- Geene, R. (2004): Armut und Gesundheit, in: Luber E./ Geene R. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, S. 155-164. Frankfurt.
- Geene, R./ Kolbe, M. (2004): Wer koordiniert die Gesundheitsförderung? Welche Rolle können die Landesvereinigungen spielen? Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Berlin.
- Gäfigen, G. (1988) (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden.
- Hommes, M. (2005): Aktuelle und zukünftige Rahmenbedingungen der Primärprävention, in: Geene, R./ Steinkühler, J. (Hrsg.): Strategien und Erfahrungen – Mehr Gesundheit für Alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für sozillagenbezogene Gesundheitsförderung, S. 59-66, Bremerhaven
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg.
- Kirschner, W./Radoschewski, M./Kirschner, R. (1995): §20 SGB V – Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, St. Augustin (Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Bd. 6).
- Kleiber, D. (Hrsg.; 2001): Gesundheitsziele und Strategien der Gesundheitsförderung für Berlin, Forschungsberichte 9, München/Wien.
- Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (2007): Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern, Köln.

- Lehmann, F. (2006): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, S. 423-438, Wiesbaden.
- Lehmbruch, G. (1988): Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die ‚Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen‘, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen, S. 11-32, Baden-Baden.
- Mosebach, K./Walter, U. (2006): Was vermag der Staat? Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung in der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Essers, M. et al. (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 41. Prävention, S. 8-24, Hamburg.
- Rautenstrauch, T./Generotzky, L./Bigalke, T. (2003): Kooperationen und Netzwerke, Lohmar/Köln.
- Rosenbrock, R. 2004: Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 durch die GKV, in: Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle", S.7-149, Bremerhaven (Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Bd. 8).
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern.
- Rosenbrock, R./Michel, C. (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berlin.
- Scharpf, F.W. (2000): Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Opladen.
- Stuppardt, R. (2008): Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung durch unbürokratische Organisation und aufgabengerechte Finanzierung – Die Position der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Kirch, W./Badura, B./Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung, S. 435-450, Heidelberg.
- Staber, U. (2004): Netzwerke, in: Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation, 4. Aufl., Sp. 932 - 940, Stuttgart.
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Stuttgart.
- Sydow, J. (1995[a]): Netzwerkbildung und Kooptation als Führungsaufgabe, in: Kieser, A./Reber, G./Wunderer, R. (Hrsg.): Handwörterbuch der Führung, 2. Auflage, Sp. 1622 - 1635, Stuttgart.
- Sydow, J. (1995[b]): Strategische Netzwerke, Evaluation und Organisation, Wiesbaden.
- Sydow, J./Windeler, A.(2000): Steuerung von und in Netzwerken – Perspektiven, Konzepte, vor allem aber offene Fragen, in: Sydow, J./Windeler, A.(Hrsg.): Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken, S. 1 -24, Wiesbaden.
- Sydow, J. (2006): Management von Netzwerkorganisationen - Zum Stand der Forschung , 4. Aufl., S. 385 - 469, Wiesbaden.
- Voss, K.D. (2005): Mehr Gesundheit für Alle. In: Geene, R./ Steinkühler, J. (Hrsg.): Strategien und Erfahrungen – Mehr Gesundheit für Alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für sozillagenbezogene Gesundheitsförderung, S. 9-18, Bremerhaven.

Welteke, R./Menke, R./Brand, H. (2000): Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich, in: Geene, R./Luber, E. (Hrsg.): Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik, S.91-106, Frankfurt.

Bisher erschienene Arbeiten in der Reihe „Discussion Papers“

Conrad, P./Manke, G. (1997): Kritische Erfolgsfaktoren und Praxisbeispiele von Fachlaufbahnen – eine Fallsammlung und ein Erfahrungsbericht, 2., überarbeitete Fassung
Hamburg 10/96

{Discussion Papers No. 1/97}

Conrad, P./Keller, M. (1997): Human Resources Management – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (1985-1997), 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 12/97

{Discussion Papers No. 2/97}

Conrad, P. (1997): Trends und kritische Aspekte der Personalentwicklung heute – ein Beitrag zur Diskussion um Stellenwert und Funktion heutiger Personalentwicklung
Hamburg 12/97

{Discussion Papers No. 3/97}

Conrad, P. (1998): Organisationales Lernen – Überlegungen und Anmerkungen aus betriebswirtschaftlicher Sicht
Hamburg 5/98

{Discussion Papers 1/98}

Conrad, P./Keller, M. (1998): Human Resources Management – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (1985-1998), 3., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 6/98

{Discussion Papers No. 2/98}

Conrad, P./Sneikus, A. (1998): Zur Situation der Fachrichtungen Organisation und Personal an Fachhochschulen der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer Untersuchung
Hamburg 7/98

{Discussion Papers No. 3/98}

Conrad, P./Sneikus, A. (1998): Organizational Citizenship Behavior (OCB) – Analyse und Diskussion eines mehrdimensionalen Konstrukts der verhaltenswissenschaftlichen Organisationstheorie
Hamburg 12/98

{Discussion Papers No. 4/98}

Sneikus, A. (1998): Organizational Citizenship Behavior (OCB) – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (1988-1998)
Hamburg 11/98

{Discussion Papers No. 5/98}

Conrad, P./Keller, M. (1998): Vertrauen – Analyse und Diskussion des Vertrauenskonstrukts aus ökonomischer und verhaltenswissenschaftlicher Sicht
Hamburg 12/98

{Discussion Papers No. 6/98}

Keller, M. (1998): Vertrauen – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten
Hamburg 12/98

{Discussion Papers No. 7/98}

Conrad, P./Sneikus, A. (1999): Zur Situation der Fachrichtungen Organisation und Personal an Fachhochschulen der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer Untersuchung (Langfassung)
Hamburg 3/99
{Discussion Papers No. 1/99}

Conrad, P./Katzer, N./Reuter, L.-R. (1999): Analyse von Konzeptionen und Instrumenten der Evaluation von Lehre, Forschung und Ressourcensteuerung – Ein Beitrag zur aktuellen Diskussion
Hamburg 6/99
{Discussion Papers No. 2/99}

Conrad, P. (1999): Behörden lernen von der Wirtschaft: Wie meidet man falsche Vorbilder?
Hamburg 8/99
{Discussion Papers No. 3/99}

Sneikus, A. (1999): Organizational Citizenship Behavior – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 10/99
{Discussion Papers No. 4/99}

Conrad, P./Ridder, H.-G. (1999): Human Resource Management – An Integrative Perspective
Hamburg 11/99
{Discussion Papers No. 5/99}

Conrad, P. (2000): Personalentwicklung
Hamburg 01/00
{Discussion Papers No. 1/00}

Conrad, P. (2000): Führungsqualität
Hamburg 01/00
{Discussion Papers No. 2/00}

Conrad, P. (2000): Menschenbilder
Hamburg 02/00
{Discussion Papers No. 3/2000}

Conrad, P./Sneikus, A. (2000): Zur Situation der betriebswirtschaftlichen Fachrichtungen Organisation und Personal an Fachhochschulen der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer Untersuchung (Kurzfassung), 2. Auflage
Hamburg 02/00
{Discussion Papers No. 4/2000}

Conrad, P./Sneikus, A. (2000): Organizational Citizenship Behavior (OCB) – Analyse und Diskussion eines mehrdimensionalen Konstrukts der verhaltenswissenschaftlichen Organisationstheorie, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 03/00
{Discussion Papers No. 5/2000}

Conrad, P./Keller, M. (2000): Vertrauensmanagement in Unternehmungen – Ein realistisches Vorhaben?, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 03/00
{Discussion Papers No. 6/2000}

Conrad, P./Keller, M. (2000): Human Resource Management – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (1985-2000), 4., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 11/00
{Discussion Papers No. 7/2000}

Sneikus, A. (2000): Organizational Citizenship Behavior – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 12/00
{Discussion Papers No. 8/2000}

Hucker, T./Conrad, P./Heinrich, K. (2000): Mitarbeiterbeteiligung – eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (1985-2000)
Hamburg 12/00
{Discussion Papers No. 9/2000}

Conrad, P. (2001): Zum Zusammenhang von Mitarbeiterführung und organisationalem Lernen
Hamburg 01/01
{Discussion Papers No. 1/2001}

Conrad, P. (2001): Führung als Ressourcenmanagement
Hamburg 04/01
{Discussion Papers No. 2/2001}

Conrad, P. (2001): Mitarbeiterintegration als Ressourcenmanagement
Hamburg 04/01
{Discussion Papers No. 3/2001}

Conrad, P. (2001): Zielvereinbarung, Leistungsbeurteilung und flexible Vergütung – Ergebnisse einer branchenübergreifenden Studie zur unternehmungsspezifischen Bündelung von Führungsinstrumenten
Hamburg 04/01
{Discussion Papers No. 4/2001}

Conrad, P./Manke, G. (2001): Management der Humanressourcen: Die Führungsinstrumente Zielvereinbarung, Leistungsbeurteilung und flexible Vergütung im Vergleich
Hamburg 07/01
{Discussion Papers No. 5/2001}

Conrad, P. (2002): Strategisches Personalmanagement in öffentlichen Verwaltungen
Hamburg 01/02
{Discussion Papers No. 1/2002}

Conrad, P. (2002): Personalentscheidungen als Gegenstand der Personalmanagement-Forschung
Hamburg 04/02
{Discussion Papers No. 2/2002}

Hucker, T. (2002): Mitarbeiterbeteiligung in der New Economy: Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Beteiligungspraxis in Unternehmungen des Neuen Marktes
Hamburg 11/02
{Discussion Papers No. 3/2002}

Conrad, P. (2002): Strategisches Human Resources Management
Hamburg 12/02
{Discussion Papers No. 4/2002}

Conrad, P./Keller, M./Trummer, M. (2003): Human Resources Management
Hamburg 04/03
{Discussion Papers No. 1/2003}

Conrad, P. (2003): Management of Change in Universitäten – einige Anmerkungen
Hamburg 04/03
{Discussion Papers No. 2/2003}

Conrad, P. (2003): Organizational Citizenship Behavior: Eine kritische Analyse
Hamburg 05/03
{Discussion Papers No. 3/2003}

Sneikus, A./Trummer, M. (2003): Organizational Citizenship Behavior: Eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 08/03
{Discussion Papers No. 4/2003}

Conrad, P. (2004): Kritische Anmerkungen zum Stand und zur weiteren Entwicklung der Veränderung öffentlicher Verwaltung
Hamburg 05/04
{Discussion Papers No. 1/2004}

Trummer, M./Sneikus, A. (2004): Organizational Citizenship Behavior: Eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 06/04
{Discussion Papers No. 2/2004}

Hucker, T. (2004): Partizipation, Autonomie und Empowerment von Beschäftigten: Eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (1985-2004)
Hamburg 11/04
{Discussion Papers No. 3/2004}

Trummer, M. (2005): Risikomanagement: Eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten
Hamburg 12/04
{Discussion Papers No. 4/2004}

Hucker, T. (2005): Partizipation, Autonomie und Empowerment von Beschäftigten: Eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (1985-2004), 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
Hamburg 06/05
{Discussion Papers No. 1/2005}

Trummer, M. (2005): Risikomanagement: Eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten, 2., erweiterte Auflage
Hamburg 06/05
{Discussion Papers No. 2/2005}

Hucker, T. (2005): Führung durch Mitarbeiterbeteiligung
Hamburg 08/05
{Discussion Papers No. 3/2005}

Conrad, P./Trummer, M. (2005): Unternehmungs- und Führungsethik
Hamburg 08/05
{Discussion Papers No. 4/2005}

Trummer, M. (2005): Diversity
Hamburg 09/05
{Discussion Papers No. 5/2005}

Trummer, M./Conrad, P. (2005): Kulturabhängigkeit der Führung
Hamburg 10/05
{Discussion Papers No. 6/2005}

Conrad, P./Hucker, P. (2006): Subjektivierung von Arbeit
Hamburg 01/06
{Discussion Papers No. 1/2006}

Trummer, M. (2006): Emotionen in Organisationen
Hamburg 01/06
{Discussion Papers No. 2/2006}

Conrad, P./Trummer, M. (2006): Management von Führung
Hamburg 02/06
{Discussion Papers No. 3/2006}

Trummer, M. (2006): Unternehmensberatung: Eine Bibliographie deutsch- und englischsprachiger Arbeiten (2000-2006)
Hamburg 04/06
{Discussion Papers No. 4/2006}

Conrad, P./Trummer, M. (2006): Personal- und Organisationsberatung – Arten und Funktionen zwischen Sein und Schein
Hamburg 09/06
{Discussion Papers No. 5/2006}

Trummer, M. (2006): Eine interdisziplinäre Betrachtung von Risiko mit dem Fokus auf die wirtschaftliche Sichtweise
Hamburg 10/06
{Discussion Papers No. 6/2006}

Conrad, P. (2007): Personenbezogene Führung als Context Setting
Hamburg 04/07
{Discussion Papers No. 1/2007}

Conrad, P. (2007): Neuere Entwicklungen in der Motivationsforschung – Anreiz- und volitionstheoretische Erweiterungen des Konzepts der Handlungsepisode
Hamburg 07/07
{Discussion Papers No. 2/2007}

Conrad, P./Trummer, M. (2007): Beratung als investive Dienstleistung – eine kritische Einführung
Hamburg 11/07
{Discussion Papers No. 3/2007}

Bestellungen richten Sie bitte schriftlich oder fernmündlich an das Institut für Personalmanagement (Adresse, Telefon- und Faxnummer auf der zweiten Umschlagseite) oder per E-Mail an: **peter.conrad@hsu-hh.de**